

# 検査予約申込書（被保険者限定）

- ★ 被保険者（本人）の方は、会社の定期健診以外の「選択できる検査」を受診できます。
- ★ 記入のうえ、社内メールまたは郵送にて下記までお送りください。

保険証	記 号	番 号	連絡先	自宅の電話番号
				日中に連絡できる電話番号
フリガナ 名 前				
住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>			

		被保険者（本人）
基本検査	詳細は、健保組合のホームページ（ <a href="https://www.ihikenpo.or.jp">https://www.ihikenpo.or.jp</a> ）をご覧ください。	会社の定期健診で受診

<b>選択できる検査</b>   <p>被保険者(本人)の方は定期健診で実施していない項目を受けることができます</p>	希望する検査項目の右欄に「○」を記入してください。 ★対象年齢の方は無料（年度内に下記の年齢に達する方 ※年度：4月1日～翌年3月31日）				
	対象年齢	検 査 項 目	女 性	男 性	
	20歳以上	乳房超音波	どちらか 1つに○		選択不可
		マンモグラフィ			選択不可
		子宮頸部細胞診（医師採取法）		選択不可	
	40歳以上	骨密度		選択不可	
50歳以上	前立腺がん（PSA）（血液検査）	選択不可			

★対象年齢未満の方で検査を希望される方は、下記までお問い合わせください。

希望の医療機関 ※4桁の医療機関コード	<input type="text"/>	医療機関名	<input type="text"/>
希望日	■第1希望 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ( )	■第2希望 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ( )	

【送付および問い合わせ先（健康推進グループ）】

〒135-0061 東京都江東区豊洲3-1-1 豊洲IHIビル <社内メール>（本）健保 健推G  
TEL：03-6204-8401